

Délégation Départementale des Hauts-de-Seine

Objet : **Synthèse du séminaire du Contrat territorial de santé (CTS) 92 du 08 février 2024**

Propos introductifs

Un engagement fort autour des sujets santé – M. Baguet, Maire de Boulogne-Billancourt

- Remerciements pour la tenue du CTS à Boulogne-Billancourt et la rédaction du Projet régional de santé 3
- Restructuration progressive du **nouvel hôpital Ambroise Paré** pour accueillir les services de Garches (R. Poincaré), projet d'envergure avec un engagement important de l'AP-HP et de l'ARS ;
- **CPTS de Boulogne-Billancourt** comme illustration du lien avec la Ville, l'hôpital ainsi que l'ARS et la CPAM ; nombre d'adhérents à plus de 400 ;
- **La santé est la préoccupation première des citoyens**, en particulier dans un contexte post-crise sanitaire.

Le Projet régional de santé (PRS 3) – Mme Martinon, Directrice générale adjointe de l'ARS IdF

- **méthode collaborative et associative**, intégrer l'ensemble des acteurs pour territorialiser – c'est-à-dire adapter les actions en s'appuyant sur les ressources locales dans un souci d'efficacité ;
- **deux priorités thématiques retenues**, après 18 mois de travail et parmi 6 axes et plus de 300 pages : **santé mentale** (notamment celle des plus jeunes) et **santé périnatale** ; systémique et avec des effets tout au long de la vie ; pour la périnatalité, les indicateurs en Île-de-France ne sont pas bons.
- ambitions fortes : **réduire les inégalités** (territoriales, sociales), renforcer le pouvoir d'agir des citoyens, **territorialiser et adapter**, priorités transversales (dont **la question des RH en santé** pour l'attractivité et la fidélisation des soignants ; l'Île-de-France étant le 1^{er} désert médical en France métropolitaine) ;
- enjeux : s'approprier le PRS, nouvelles missions et compétences dévolues aux CTS par la loi Valletoux, élaborer la feuille de route pour le 92 en s'appuyant sur l'existant et en avançant ensemble ;

Le Projet régional de santé (PRS 3) – M. Francis Brunelle, Adjoint au Maire de Sceaux, Président du CTS

Le séminaire de travail CTS est le premier exercice de ce type qui permet, principalement, de décliner et d'adapter les priorités du Projet régional de santé (PRS3) pour les Hauts-de-Seine.

Le Projet régional de santé (PRS 3) :

- élaboré à partir des besoins de la population, **démarche ascendante** ;
- développer la prévention et le **pouvoir d'agir** (autonomisation des individus) ;
- établir des **parcours de santé lisibles** (l'utilisateur doit trouver son chemin) ;
- construire l'offre à partir des besoins : **approche populationnelle** (déclinaison selon le territoire) ;
- prendre en compte le **sujet des ressources humaines** ;

- anticiper la **gestion des risques** ;
- **contrat de méthode avec l'ARS** : révision à mi-mandat ou au cours de l'application du PRS 3 ;
- **être agile et adaptable** ;
- **santé présente dans toutes les politiques publiques** (approche sociétale, par exemple, avec la Justice et l'Education nationale dans le cadre de la lutte contre le système prostitutionnel des mineurs).

L'importance de la coopération entre l'ARS et les collectivités territoriales, en particulier avec le Conseil départemental des Hauts-de-Seine (CD 92) – Mme Fourcade, Conseillère départementale séniors, autonomie et santé

- objectifs : efficacité, mise en œuvre opérationnelle pour **l'intérêt général, démocratie sanitaire** ;
- travail des élus significatif au-delà de la gestion du COVID ;
- rôle important du CD 92 dans la mise en place du PRS3 (avis officiel en séance publique et transmis à l'ARS, politique transversale des « Solidarités » constitue le principal poste de dépense du CD) ;
- **l'avis du CD sur le PRS3 repose sur un diagnostic partagé avec des réserves portant sur le contrat de méthode** (association dès le début, partage des données territoriales pour en parler aux maires) ;
- **idée d'un « kit diagnostic pour les nuls »** qui permettrait de réunir citoyens et acteurs autour d'éléments communs (indicateurs régionaux/92 vis-à-vis de la moyenne nationale, tableau de bord)
- **le CD agit sur plusieurs leviers**, tels que
 - **les établissements : collèges** (médiateurs pour les gestes de 1er secours en santé mentale pour repérage précoce ; vaccination HPV dont la coopération est perfectible), **PMI** (prévention) ;
 - **l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé** : objectif d'attirer les jeunes en termes de conditions de logement, de transports mais aussi sanitaires ; être en capacité de garder les professionnels en les ancrant dans le territoire ; le département peut travailler sur un **marketing territorial** avec CPTS/URPS pour mettre en avant le fait de s'installer dans le 92 ;
 - **son action avec l'Etat** : relation partenariale et de confiance (ARS, préfecture...), nécessite une boussole (critères pour flécher l'investissement/fonctionnement), en lien avec les nouvelles missions du CTS, **le département pourrait inscrire son action dans un contrat** ;
 - **intelligence collective** de toutes et tous.

Eléments d'état des lieux

Le diagnostic territorial de santé des Hauts-de-Seine

- diagnostic repose sur les travaux de **l'Observatoire régional de santé (ORS)¹** qui a servi de fondement au PRS, mais également à **travers la mise en place des CPTS** ;
- données envoyées avec le compte-rendu à l'issue du séminaire ;
- globalement, et du fait de son positionnement socio-économique, **le département des Hauts-de-Seine bénéficie d'indicateurs assez bons** : espérance de vie, taux de mortalité, taux de morbidité MCV ;
- **certaines zones se situent en deçà des indicateurs régionaux, du fait de déterminismes socio-économiques infra départementaux** : 6 ans d'espérance de vie d'écart entre Nanterre et Levallois ; différences entre Bagneux et Gennevilliers / Marnes la Coquette ;

¹ [Le diagnostic de l'ORS sur "la santé des Franciliens" | Agence régionale de santé Ile-de-France \(sante.fr\)](https://www.sante.fr)

- **quelques indicateurs thématiques moins bons que la moyenne régionale : la prévalence des maladies psychiatriques, notamment pour les jeunes ;**
- **d'autres indicateurs à la moyenne régionale et donc perfectibles : dépistage (prévention)**
- **atouts du territoire : offre sanitaire et médicosociale de qualité et dense**
 - **offre hospitalière très conséquente avec forte mixité des statuts : APHP, hors APHP, ESPIC** avec une organisation en filières autour Foch et de l'IFB, secteur privé lucratif très significatif en parts de marché, fonctionnement en réseau, peu d'autorisations dans le volet du PRS3 car offre suffisante, rôle pivot au-delà du département notamment pour les séjours MCO ;
 - **personnes âgées : offre ample** (le 92 est le 1^{er} département d'IDF en nombre d'EHPAD : 108) et diversifiée (répit...), virage domiciliaire à venir (+ 500 places SSIAD à échéance 2030) ;
 - **en recomposition et modernisation** : projets d'ampleur (hôpitaux Ambroise Paré, Louis Mourier et CASH vont monter en puissance, cliniques Lannelongue et Ambroise Paré se modernisent).
- **fragilités de l'offre de soins**
 - **RH : manque de personnels** (paramédical et médical) qui obère l'offre de soins et **difficultés financières de certains établissements** (20% des EHPAD sont concernés par des problématiques de trésorerie, fonds d'urgence Bergé employé au profit du médico-social) ;
 - **offre de soins en en Ville : certains chiffres positifs (pédiatres, oncologues...) mais mauvais pour les généralistes** (indicateurs très inférieurs à la moyenne régionale) avec des perspectives démographiques peu favorables (46% d'entre eux ont 65 ans et plus), d'où des **aides à l'installation** (50% du département en zone prioritaire, 48,5% en zone complémentaire et 4% en zone blanche), **densité en infirmiers libéraux très limitée** (impacte le virage domiciliaire) ;
 - **santé mentale : tensions sur les SAU psy et sur l'aval créent des situations inacceptables**, notamment en **pédopsychiatrie** et en partie à cause du COVID ;
 - **point noir : prise en compte des personnes (enfants ?) en situation de handicap dans des structures adultes** (6000 enfants et adultes sans solution), 30M plan inclusif, 1^{ère} tranche de places (AMI) surtout places de services ;
 - **92 moins mature que d'autres départements sur les structures coordonnées** : CPTS ne comptent que la moitié de la population (bientôt 80% mais restera 20%), SAS balbutiant ;
- **santé environnementale : multi-exposition aux pollutions/nuisances forte** (22% vs 13% en IdF) ;
- **opportunités : plan Inclus'IF 2030, expérimentation du Service public départemental de l'autonomie** (meilleur accès aux droits et guichet unique), **virage domiciliaire, investissements dans les hôpitaux**, actions en faveur du **logement des soignants** (cofinancements importants pour l'achat de droits de réservation par les ES auprès des bailleurs ; exemple de 80 logements à Suresnes), **accès aux soins (MMG avec fonctionnement et maillage intéressants, consultation de médecine générale à proximité des SAU), collectivités en nombre relativement réduit et très actives** (pour exercice libéral et collectif).

De nombreuses dynamiques engagées, illustrations

Les mesures accompagnées par le Conseil national de la refondation (CNR)

Fil'Age pour faciliter et renforcer l'offre domiciliaire sur un territoire de proximité (Nord 92) dans le cadre du CNR (7 communes altoséquanaises) ;

- **objectif : venir en soutien du virage domiciliaire en identifiant des médecins traitants ;**

- **enjeu de prévention : éviter une entrée en EHPAD trop précoce**, médicalisation à domicile, 1 IPA ;
- projet CNR complété par un appel à projet du Centre des ressources territoriales (CRT) ;
- **complémentarité avec la mobilisation d'un gériatre de Foch** ;
- envisagé d'orienter le projet **vers un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)** dans le cadre des réformes (SSAD, SSIAD...) dont celle des autorisations d'ici 2025.

Installation de la nouvelle maison médicale de garde (MMG) de Suresnes au sein de l'hôpital Foch
MMG Suresnes

- MMG de Suresnes : **produit de l'alliance de 3 CPTS, au cœur de l'hôpital Foch** ;
- fonctionnement : recrutements, prestataires extérieurs, **rotations avec services du 15**, comptabilité ;
- **montée en puissance significative** : de 131 prises en charge initialement à 4200 actuellement.

Pôle d'Accompagnement vers un Retour à l'École (PARE) sur un territoire de proximité (Sud 92)
Fondation santé des étudiants de France

- **psychopathologie du jeune et de l'adolescent** : troubles psychotiques, de la personnalité, du neuro-développement (problématiques d'attention, spectre de l'autisme), en lien avec une annexe des études du lycée Lakanal de Sceaux, **évaluation et prise en charge séquencée** pour accéder aux soins ensuite, différents services (hôpital de jour, **hospitalisation post-aigüe, service ambulatoire, centre de psychanalyse**), **addictologie** (aux écrans par exemple, via pédopsychiatre et addictologue), relais des adolescents, patients de toute la région mais plutôt du **territoire de proximité** ;
- **développement des 1ers secours en santé mentale pour les jeunes** : **impact du COVID** (épidémie de décrochage scolaire, idée d'un Parcours d'accompagnement vers un retour aux Etudes/à l'Ecole), **1ers constats** (problématique de santé mentale dans 9 cas sur 10, reprise d'une scolarité normale dans 90% des cas, évaluation par une infirmière semble moins stigmatisante) ;
- **réaccrochage à une stratégie de prise en charge**, : idée d'aller plus loin, prévention (coups de tonnerre dans un ciel serein n'existent pas), projet ELISE – pour Equipe liaison soins étude – qui connaît un grand succès (favoriser le repérage précoce et dans le milieu scolaire de situations à forts risques en assurant des interventions mobiles, y compris à domicile) ;
- **enjeux** : **travailler sur signaux faibles**, dans le cadre de **soins séquencés** (donc articuler avec l'offre de soins de l'éducation nationale, des intersecteurs psy d'Erasmus et des libéraux sur le bassin), les **bassins scolaires de proximité**, difficultés des transports en commun ;
- **COPIL** : soutien de la **ville** et de la **DD ARS**, thématique du **refus scolaire anxieux/harcèlement, neuropsychologue** (éducation nationale, Erasmus, hôpital de Clamart, Conseil départemental).

Le Projet territorial en santé mentale (PTSM)

- lois successives depuis 2016, feuille de route en 2021, signature du PTSM en avril 2022 puis application ;
- se retrouve quasi complètement avec PRS3 : **déterminants de la santé mentale à prendre en compte dans leur globalité et au-delà des problématiques psychiatriques (logement, éducation, emploi...)** ;
- enjeux : **formation des usagers, représentativité** du territoire (géographique, sanitaire, médico-social), décroisement, se baser sur l'existant ;
- **projet de soins collaboratifs (DAC Nord)** : réunions pluri-professionnelles, stages de médecine générale et en centre médico-psychologique, coordination ambulatoire, formation à l'essaimage ;
- pour les **enfants** : groupes de travail, **projet mille jours** ;

- contre le **désert médical** : groupes de travail, **bus médicalisés pour l'aller-vers**, prise en charge du **sujet âgé dans une approche médico-psycho-sociale** ;
- offre et besoins : **projet d'établir une cartographie dynamique et accessible.**

Les problématiques médico-sociales dans le PRS 3

- le médico-social figure dans le PRS 3 : 2 chapitres sur 6, 6 fiches de travail sur 63, avec des mesures visant à la **lisibilité du parcours et à des mesures adaptées aux besoins** (besoins spécifiques des personnes âgées, accompagnement des aidants...), fiches actions (transformer et renforcer l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées, investir pour les personnes en situation de handicap...);
- **travaux sur le parcours de santé des personnes âgées** : admission à l'hôpital, coordination Ville/Hôpital, filières gériatriques (amont, hôpital, aval), télésanté gériatrique, renforcement des équipes mobiles vers les EHPAD notamment ;
- **développement de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH)** : accueil en EHPAD mais pour un objectif d'un maintien à domicile ;
- **au niveau de l'hôpital** : développer des **circuits courts** de prise en charge pour éviter l'attente aux urgences, séjours de jour, **sécurisation des sorties d'hôpital (notamment sur le volet social)** ;
- **apprendre aux EHPAD à gérer des situations d'urgence relative** permettant d'éviter d'envoyer des patients à l'hôpital lorsque cela n'est pas nécessaire ;
- **prévention de la dépendance** inclut, dans le cadre d'une population comptant de plus en plus de centaines, la prévention des **chutes**, de la **dénutrition**, de la **iatrogénie**, des **infections** mais aussi la **promotion de l'activité physique et de la vie sociale** ;
- **situation particulière des personnes en situation de handicap et vieillissantes** : repérer les signes du vieillissement et adapter les structures ;
- **aider les aidants familiaux** : plateformes de services, équipes mobiles, répit, cartographie des professionnels de santé, accompagner les innovations ; selon différentes études, aider un aidant est plus productif qu'aider la personne âgée ;
- **impliquer les acteurs de la gérontologie dans les filières des personnes en situation de handicap** ;
- **adapter l'offre médico-sociale des personnes âgées** : maladies dégénératives (PASA, UVP, UHR ; SSIAD spécialisés), structures de coordination, notamment pour le maintien à domicile ;
- PRS : enjeu de la **périnatalité pour les salariés en EHPAD ; santé mentale.**

Echanges

- **Médecine libérale** :
 - **s'appuyer sur les libéraux**, les mobiliser pour **relever les défis du diagnostic** ;
 - l'offre de soins commence avant tout par le médecin libéral, c'est donc **sur le manque de médecin et l'attractivité qu'il faut travailler** (20% des 1ères années, après réussite du concours, ne sont pas inscrits à l'ordre et donc ne participent pas à l'offre de soins).
- **Autorisations durcies**, disposer de la **cartographie** du nouveau paysage ;
- **Santé mentale** : remerciements quant au projet des secours en santé mentale de Sceaux, convention avec ARS et Ville entre autres, permet des consultations sans RDV pour les jeunes, **formation aux 1ers secours** (plus de 150 agents formés, notamment formation des jeunes via le conseil des jeunes citoyens), soutien de la MMG Suresnes, de l'HPA et du Conseil des jeunes généralistes ;

- **CPTS** : pas créée à Clichy, sans doute en raison d'un manque de dynamique (manque de médecins, de relais) mais dans les objectifs ARS (qui incite au déploiement des CPTS mais ne les décrète pas) ;
- **infirmières** : compétence de **déclaration des décès** en cours dans les EHPAD sous certaines conditions, **IPA** (pas de recensement du volume, mais présentes dans un certain nombre de projets).

Quelles priorités dans les Hauts-de-Seine pour le PRS3 2023-2028 ? 1/2

La vision des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

- **Création** : en 2020 pendant le COVID mais sur la base de dispositif préexistants, historiquement plutôt centrés sur la cancérologie, les soins palliatifs, la gériatrie de base et l'accès aux soins ;
- à présent **porte d'entrée pour la coordination de tout parcours complexe, à la disposition de toutes et tous** (patients, professionnels...) **et en appui des soignants** ;
- **Besoin d'appui doit être ressenti** par les intéressés donc **importance de la communication** ;
- Fonctionnement : sur **sollicitation, évaluation** globale à domicile puis organisation du parcours de soins ; **planification de coordination des prises en charge via une concertation pluri-professionnelle avec les services sociaux territoriaux et le médecin traitant au centre** (par exemple, avec les CLIC via une coordination gérontologique ou locale au niveau des mairies) ; **soutien et non suivi** (appui dans la recherche d'un établissement, organisation du répit et de l'aide aux aidants...) ;
- **Hauts-de-Seine, 1er département à être entièrement couvert par les DAC (Nord, Centre, Sud, fin 2020) grâce à des dispositifs préexistants qui se sont adaptés et à l'émergence des CPTS** ;
- **Éléments positifs**
 - Accompagnement des **personnes en situation de précarité et handicap** ;
 - **Déploiement de l'animation territoriale** : DAC pour tout âge et pathologie, liens avec CLSM et Maisons sport santé, soutien de la Ville (accès aux soins, structures), partenariats gériatriques ;
 - Exemple de la **permanence d'accès aux soins (PASS) ambulatoire** : s'appuie sur la Ville, 2 très utilisés (centre pas couvert, 600 patients pour le DAC Sud), adaptée aux personnes sans couverture sociale, répond aux enjeux autour de la périnatalité (par exemple, pour être inscrit en maternité, il faut faire des analyses en Ville que le dispositif permet de coordonner).
- **Limites**
 - **RH : raréfaction des ressources, perspectives salariales moins favorables** que dans d'autres secteurs (pas inclus dans Ségur santé), **question du suivi** après le départ de professionnels, **équipes performantes mais en manque d'effecteurs sur le territoire (il faut attirer les professionnels de santé : être terrain de stage mais à condition d'avoir des locaux et des loyers attractifs, exemples réussis de MSP)** ;
 - **Manque de clarté et de lisibilité** : orientation vers le service adapté, interrogation quant à **l'émergence de nombreux dispositifs relativement en concurrence** avec le DAC.
- **Enjeux : s'articuler avec le (SPDA) ; gouvernance représentative** (libéraux en majorité, ES, ESMS, représentants des usagers) ; vigilance sur les **capacités d'investissement et d'engagement** et en particulier sur le **long terme pour pérenniser le fonctionnement des DAC** ; vigilance sur le « **mille-feuille** » et ses effets sur la **santé mentale des intervenants/patients**
- **Secteur psychiatrique** : évolution progressive (convaincre d'un intérêt), projet de prise en charge somatique en lien avec le CTSM, ressources en santé mentale ;

- **e-santé** : DAC porteurs des e-parcours, audit à venir, besoin d'interopérabilité des outils et de sécurité, chat sécurisé pour pouvoir échanger ;
- **projets : santé mentale, santé sexuelle** (contraception), **dépendance** (ICOPE, Géronde'IF via article 51), **sport** (santé physique adaptée en lien avec JOP, se réintégrer dans la vie grâce au sport, mise en place de maisons sport santé sur le modèle de Nanterre), **soins palliatifs** (équipe mobile Osmose)

Echanges

- **DAC** : interrogation sur l'objectif des DAC limité au traitement des cas complexes ;
- **formation** : établissement intéressé pour des internes en CMPP, il faut pouvoir proposer une offre de formation aux facultés de médecine ;
- **logement** : problème des catégories socio-professionnelles dans le traitement des demandes de logement (médecins apparaissent moins prioritaires), travail entre les collectivités et l'ARS au bénéfice des établissements de santé mais pas de capacités d'action côté ARS pour les libéraux ;
- **aide aux aidants** : un établissement (CAP) organise régulièrement un **café des aidants** ouvert à toutes et à tous, existence du **réseau national du café des aidants**.

Quelles priorités dans les Hauts-de-Seine pour le PRS3 2023-2028 ? 2/2

La représentation et la participation des usagers

- la **participation des usagers est nécessaire, en particulier pour identifier des orientations** à partir du diagnostic territorial et des remontées des parties-prenantes, en suivant les priorités que sont la santé mentale et périnatale ;
- elle permet d'**enrichir et de faire vivre le PRS** ;
- partir des besoins mais il faut des **outils pour que les représentants des usagers puissent exprimer les besoins de santé et les traduisent en actions** ;
- **les usagers ne sont pas que des consommateurs** mais ont aussi la volonté d'être **des acteurs de la santé** pour leur propre santé mais aussi pour le système de santé ;
- **dans le PRS** : axe 1 sur le pouvoir d'agir des usagers, 1 des 13 fiches actions avec pour objectif de construire des parcours de santé répondant aux besoins ;
- **enjeux identifiés : RH, prévention, santé dans toutes les politiques publiques** ;
- **travail engagé : mise en réseau des représentants d'usagers dans les ES et ESMS (CVS)** ;
- **dans le cadre du CTS** : santé mentale et **Commission des usagers (CDU)** obligatoires.

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

- **le 92 est le 1er désert médical d'infirmiers libéraux de France métropolitaine** ;
- **action significatives des CPTS : centre de vaccination COVID** (Meudon, ARS/CPAM/Mairie, recherche de professionnels de santé par la CPTS via boucle Whatsapp) ; **actions dans les écoles (1ers gestes de secours** avec la Croix-Rouge auprès des enseignants, écoliers et professionnels de santé ; **prévention de l'AVC** chez l'adulte, de la **scoliose**) ; **numérique** en santé (boucle Whatsapp interCPTS) ;
- **enjeux : connaître les CPTS, coordonner** pour éviter la souffrance des professionnels de santé et des patients, **rôle pivot des coordonnateurs CPTS**

- **projet Boulogne-Billancourt**
 - **constat** : anticiper l'après COVID et le départ à la retraite d'un grand nombre de médecins traitants ; **structures se mettent en place pour aider à installer les médecins généralistes mais ce n'est pas toujours productif dans le message** (pas d'équilibre financier pour le médecin traitant, secteur 2 nécessaire pour le loyer) ; **MSP est un levier utile pour les déserts médicaux** (ARS soutient fortement mais sur le secteur 1, comme pour les centres de santé **le financement est compliqué à trouver**, risque de désinvestissement si le professionnel devient un salarié) ;
- **idée** : les **CPTS pourraient « industrialiser » la formation de MSP** (création des CPTS pour connecter les personnes et soutenir les libéraux, concilie de bonnes conditions de rémunération et l'exercice indépendant), **des acteurs financiers pourraient être identifiés** (notamment des EHPAD, avec par exemple, en contrepartie la signature de certificats médicaux) ; les regroupements (par exemple médecin généraliste et pharmacies) augmentent les chiffres d'affaires et pourraient avoir lieu en **échange de contreparties** (devenir maître de stage...);

Echanges

- **kinésithérapeutes**
 - problème du **métrage des locaux**, car il faut une surface importante
 - possible solution : **récupération d'espaces progressivement disponibles** du fait de fermetures via une **SEM**, par exemple
- **modèle économique des MSP** : plutôt au cas par cas, le réseau permet de dégager des solutions pour un éventuel accompagnement par la suite (notamment par l'ARS qui peut intervenir à ce stade) ;
- **foncier** : des **solutions existent au niveau local par le biais de l'intelligence collective** (exemple : réservation d'un local dans le cadre de la loi SRU pour un cabinet) ; il faut **échanger sur les bonnes pratiques territoriales et rendre l'ensemble des dispositifs lisibles** pour viser l'efficacité ;
- **exemple d'un établissement (CAP) prêt à réfléchir sur cette thématique des locaux** : espaces disponibles qui seraient **utilement occupés par des médecins et kinésithérapeutes**, nécessité également d'une meilleure **coordination** (savoir qui fait quoi et comment).

Propos conclusifs

- **remerciements** ;
- **perspectives positives** : nouvelles responsabilités CTS (loi Valletoux), dynamisme et capacité de création, soutien ARS, stimuler l'innovation (article 51 LFSS 2018, PRS3) et créativité (capacité de désapprendre), forme de désobéissance ;
- **vigilance sur le nombre important d'acronymes** évoqués aujourd'hui ;
- pouvoir d'agir pour pouvoir créer autre chose et innover, **responsabilité collective dans la création de nouvelles structures** , il faut faire ;
- **propositions/perspectives**
 - **annuaire des acteurs de santé** : remerciements pour le travail de recensement mené par l'ARS, **à mettre en ligne ?**
 - **séminaire de rentrée ?**

Liste des sigles et des abréviations

(DD) ARS :	(Délégation départementale) Agence régionale de santé
AMI :	Appel à manifestation d'intérêt
CASH :	Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre
CD :	Conseil départemental
CDU :	Commission des usagers
CLIC :	Centre local d'information et de coordination
CLSM :	Conseil local de santé mentale
CMPP :	Centre médico-psycho-pédagogique
CNR :	Conseil national de la refondation
COFIL :	Comité de pilotage
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS :	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRT :	Centre de ressources territoriales
CSP :	Catégorie socio-professionnelle
CTS :	Conseil territorial de santé
CTSM :	Contrat territorial en santé mentale
CVS :	Conseil de vie sociale
DAC :	Dispositifs d'appui à la coordination
EHPAD :	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ES/ESMS :	Etablissement de santé / Etablissement et services médico-sociaux
ESPIC :	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
GCSMS :	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
HDJ :	Hôpital de jour
HPV :	Papillomavirus humains
HTSH :	Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
JOP :	Jeux olympiques et paralympiques
LFSS :	Loi de financement de la sécurité sociale
MCV :	Maladies cardio-vasculaires
MMG :	Maison médicale de garde
MSP :	Maison de santé pluriprofessionnelle
ORS :	Observatoire régional de santé
PASA :	Pôles d'activités et de soins adaptés
PASS :	Permanences d'accès aux soins de santé
PMI :	Protection maternelle et infantile
PRS :	Projet régional de santé
PTSM :	Projet territorial de santé mentale
SAS :	Service d'accès aux soins
SAU :	Service d'accueil des urgences
SEM :	Société d'économie mixte
SPDA :	Service public départemental de l'Autonomie
SRU :	Solidarité et renouvellement urbain (loi)
SSAD / SSIAD :	Services de soins et d'aide à domicile / Services de soins infirmiers à domicile
UHR :	Unité d'hébergement renforcé
URPS :	Union régionale des professionnels de santé
UVP :	Unité de vie protégée

Annexe – indicateurs du diagnostic territorial

Indicateur	Valeur départementale	Valeur régionale
Conseils départementaux engagés dans la diminution de la mortalité périnatale	2023 : Département non engagé	3 départements engagés
Part des femmes enceintes ayant effectué les trois échographies de suivi aux dates recommandées	2022 : 74%	73%
Nombre d'enfants de 3 à 12 ans bénéficiaires d'un programme de compétences psycho-sociales d'ici 2028	2020-2023 : Recueil en cours	31 007
Evolution de la file active moyenne des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) par territoire de coordination	2022 : 4 991	23 726
Nombre de structures / établissements disposant d'organisations permettant la prise en charge personnalisée des femmes enceintes socialement vulnérables	2023 : 0	5
Evolution du taux de mortalité infantile	2019-2021 : 2,9 décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 enfants nés vivants	4 décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 enfants nés vivants
Evolution du taux de participation aux dépistages organisés des 3 cancers bénéficiant d'un programme national : cancer du sein, cancer du col de l'utérus et cancer colorectal	Campagne 2021-2022 Cancer du sein : 32,4% Cancer colorectal : 30,2% Campagne 2019-2021 Cancer du col de l'utérus : 54,1%	Cancer du sein : 36,9% Cancer colorectal : 31,3% Cancer du col de l'utérus : 52,6%
Evolution de la part des hospitalisations prolongées (>6 mois) en psychiatrie	2022 : 3,3%	3,4%
Taux d'hospitalisations en urgence des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères	En attente de la feuille de route nationale santé mentale	En attente de la feuille de route nationale santé mentale
Taux d'évolution du nombre de mesures de soins sans consentement	En attente de la feuille de route nationale santé mentale	En attente de la feuille de route nationale santé mentale
Nombre d'aidants accompagnés par des plateformes de répit	2021 : 1 024	4387
Nombre de dossiers en file active annuelle qui ont un cercle de soins avec au moins 2 professionnels + 1 organisation (c'est-à-dire 2 professionnels d'entités différentes) à partir de e parcours	Cumul indisponible Dossiers créés entre le 1er janvier et le 31 octobre 2023 : 366	Dossiers créés entre le 1er janvier et le 31 octobre 2023 : 3 114
Nombre de médecins inscrits sur la plateforme « Service d'accès aux soins » (SAS)	Décembre 2023 : 35	795

Augmentation du taux d'hospitalisation direct des patients de plus de 75 ans (hors passage par un Service d'Accueil des Urgences - SAU)	2022 : 6,1%	5%
Évolution du nombre de passages annuels aux urgences, dont passages de personnes âgées de plus de 75 ans	2022 Passages totaux : 534 997 Passages des + de 75 ans : 78 082	Passages totaux : 4 428 972 Passages des + de 75 ans : 530 763
Augmentation du nombre de solutions installées pour les personnes handicapées dans les Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS), enfants et adultes	2022 Adultes Etablissement : 3 035 Service : 465 Total : 3 500 2022 Enfants Etablissement : 1 965 Service : 1 142 Total : 3 107	Adultes Etablissement : 28 802 Service : 3 025 Total : 31 827 Enfants Etablissement : 16 149 Service : 8 304 Total : 24 453
Part des Franciliens ayant déclaré un médecin traitant, dont patients en affection de longue durée et dont patients de moins de 16 ans	2022 Part totale des habitants du département : 78,8% Part des habitants du département en ALD : 93,1% Part des habitants du département de moins de 16 ans : 39,6%	Part totale des Franciliens : 79,2% Part des Franciliens en ALD : 92,5% Part des Franciliens de moins de 16 ans : 46,2%
Evolution du nombre de contrats d'allocation d'études (CAE) et des contrats d'engagement de service public (CESP)	En cours de calcul	2022 538 CAE 51 CESP
Evolution du nombre de postes partagés entre ville et hôpital et entre CHU et hors CHU (en chiffres annuels)	En cours de calcul	2022 Assistants spécialistes à temps partagé entre établissements de santé : 121 Médecins spécialistes : 23 Médecins généralistes : 12
Evolution de la densité des professionnels de santé et projections à moyen terme	En cours de calcul	2022 2337 professionnels de santé / 100 000 habitants
Part des installations en zone sous dense (ZIP) parmi l'ensemble des installations pour les spécialités de 1er recours	En cours de calcul	2020 31%
Nombre de soignants entrant dans un logement cofinancé par l'ARS (annuel et cumul depuis 2023)	En cours de calcul	2022 12 soignants
Nombre d'établissements de santé ayant réalisé les audits et exercice annuels avec la mise en place du plan d'action	Septembre 2023 2	15

<p>Part des établissements de santé et des établissements médico-sociaux soumis à l'obligation de publier leur bilan d'émissions de gaz à effet de serre et l'ayant fait au moins une fois et part des établissements à jour de celle-ci</p>	<p>Octobre 2023 16 ES et ESMS sur 50 éligibles ont publié leur bilan au moins une fois soit 32% 6 ES et ESMS sur 50 éligibles sont à jour de leur publication soit 12,3%</p>	<p>96 ES et ESMS sur 350 éligibles ont publié leur bilan au moins une fois soit 27,4% 58 ES et ESMS sur 350 éligibles sont à jour de leur publication soit 16,6%</p>
<p>Part des nouveaux CPOM des ES et EMS ou des renouvellements contenant au moins une action sur le développement durable (réduction de consommation, de ressources – eau, énergie...)</p>	<p>0</p>	<p>0</p>